

Recours à la fragilité des médecins traitants et des médecins-experts

**au moment de définir un niveau d'autonomie
et/ou d'évaluer les incapacités**

- L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie**
- Les protections juridiques des majeurs**

Françoise Le Borgne-Uguen,
Atelier de Recherche Sociologique, UBO-Brest, UEBretagne

SGOC, Brest, 19 juin 2010



Le recours à la fragilité dans le grand âge

Deux démarches complémentaires :

1- Analyse secondaire de deux recherches :
L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie
La protection juridique des majeurs

Des mesures dont les modalités évoluent :
Les caractéristiques de la prise de décision
La place des différents médecins

La fragilité définie à travers son usage par des médecins

2- la fragilité : un statut de santé? (Lalivé d'Épinay, Spini, 2008)
Parcours historique d'une cohorte d'octogénaires suivis pdt 5 ans et situations
actuelles de vie

*La fragilité définie à travers les formes et pathologies prises par la fragilisation, qui est le
défi propre au grand âge*



Deux questions retenues :

- **Repérer les usages de la fragilité dans le champ du travail médical en lien avec le processus du vieillissement :**

Manières dont les médecins, qui interviennent dans le processus de décision d'APA et de protection juridique, recourent ou non à la notion de fragilité

Matériaux : analyse secondaire de 2 corpus de recherche portant sur leur activité lors de ces deux mesures

- **Retrouver en sociologie les usages du terme de fragilité/ autres termes : dépendance, incapacités**

- Distinguer les situations de santé, définir les statuts de santé dans la grande vieillesse (Indépendants, fragiles, dépendants) et repérer les trajectoires de santé des personnes âgées de 80 ans et plus

- Mettre en question la succession des séquence d'étapes entre les 3 états de santé en faisant appel à un processus de fragilisation considérée comme dynamique (étude de cohorte)

Lalive d'Epinau C., Spini D., et al, 2008, *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, les presses de l'Université Laval, Québec).





Etude des pratiques des médecins généralistes et médecins-experts

- **Participation des médecins généralistes à l'attribution d'allocations médico-sociales : l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (depuis 2002)**

L'obtention de l'APA se fait à partir d'une évaluation des incapacités des personnes pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Elle définit l'éligibilité et le niveau de ressources mensuelles octroyées (niveau financier de solvabilisation de l'individu au titre de la perte d'autonomie/ dépendance).

Une mise en œuvre conforme à la loi sur tout le pays : utilisation d'une grille d'évaluation similaire sur tout le territoire : la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource (AGGIR).

et, des aménagements variables selon les départements sur les points suivants : qui réalise l'évaluation ? qui définit le plan d'aide ? qui vérifie l'effectivité (la réalité) des dépenses ? qui revoit le niveau d'allocation ?

La détermination d'un niveau d'APA

- **Une spécificité dans le département du Finistère : les médecins généralistes réalisent l'évaluation de la dépendance des personnes à domicile**
- **Une convention est signée entre chaque médecin libéral et le Conseil général du département, avec le soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux.**
- **Des modalités précises :**
 - l'évaluation de la situation lors d'une visite à domicile du patient.**
 - la transmission au médecin du Conseil général d'un dossier médical.**
 - Ce dossier comprend des éléments supplémentaires par rapport à ceux exigés par la loi : formulaire médical en plus de la grille et du certificat médical obligatoires.**
 - Le médecin du Conseil général fixe le niveau d'allocation et demande aux membres de l'équipe médico-sociale, de déterminer avec la personne concernée ou son entourage, les éléments d'aides techniques et d'aides humaines nécessaires à l'organisation de sa vie quotidienne à domicile.**



La concertation entre médecins

- 9 médecins salariés pour l'APA et 750 médecins généralistes conventionnés (95 % de l'ensemble des médecins généralistes).
- objet de la recherche : formes et sens de cette convention et de son usage/ relations des MG et MCG et recours notion de fragilité
- Que recouvre cette complémentarité qui a été négociée par les décideurs du Conseil général et par les représentants élus des médecins généralistes ?
- En quoi et comment l'usage de la convention est-elle pensée par les acteurs comme un moyen d'« optimiser l'action gérontologique » ?
- Quelles dimensions donnée à la notion de dépendance/autonomie/fragilité/vulnérabilité?
- Méthodologie : 29 entretiens (9 médecins salariés et 20 médecins généralistes)





Des médecins généralistes à distance des médecins salariés du Conseil général

- ***Plus de la moitié des médecins généralistes et plus des deux-tiers des évaluations réalisées***
- **Un usage *a minima* de la convention**
- **Une équipe inexistante ou instable pour des évaluations rares en nombre pour chaque médecin généraliste (10/an)**
- **Se tenir à distance : un choix pour ne pas être amené à justifier un niveau de décision médico-sociale, qui sera parfois jugé trop faible par la personne et ses proches**
- **Des dossiers APA peu étoffés et juste conformes aux impératifs réglementaires : Une attente d'évaluation objectivée via la grille**
- **Une résistance aux effets de standardisation de l'outil et de sa capacité à rendre compte des besoins de services à couvrir par une prestation publique**



Entre médecin généraliste et médecin salarié : pas de référence à la fragilité

- Un médecin salarié qui, au mieux, confirme et, parfois, va jusqu'à vérifier les informations fournies et le codage des items auprès de la personne ou de ses proches
- Posture de routine adoptée pour les patients et les demandes d'APA jugés « ordinaires », c'est-à-dire relevant d'une « lente aggravation des pathologies sur les activités de la vie quotidienne »
- La fragilité n'est pas mobilisée à ce moment du travail médical : pas d'éléments spécifiques notés en dehors de l'évaluation des incapacités relevées et codées par la grille AGGIR, pas d'éléments sur configurations de soins à domicile
- Le niveau de GIR sera uniquement déterminé par la grille sans autre élément mentionné dans le certificat médical ou par un travail d'échange d'informations entre médecins
- Le contexte du MAD est défini comme stable, des ressources de soutien sont décrites comme mobilisables et éventuellement extensibles (au regard des normes de validation du travail de l'entourage)



Des concertations co-construites entre médecins généralistes et médecins du Conseil général

- *Un tiers des décisions APA et moins de la moitié des médecins généralistes*
- **Concertation et continuité recherchées plus souvent lorsque la situation de la personne est jugée 'complexe', par l'un au moins des deux médecins**
- **Une visée commune : combiner des ressources médicales avec des ressources médico-sociales, parfois, majorer l'efficacité des choix thérapeutiques par le soutien du cadre de vie quotidien**
- **Une équipe médicale qui se constitue autour de références communes : le soin aux patients âgés, la déontologie, la référence à la gériatrie**
- **Des pratiques étendues de la convention et une appropriation du dossier médical échangé**





Une référence à la fragilité dans les concertations entre médecins généralistes et médecins du Conseil général

- **Une vision clinique de la décision au-delà de l'objectivité scientifique associée à la décision.**
- **Un recours à l'avis de tiers négocié entre les deux médecins dans un contexte de fortes évolutions dans la vie de la personne**
(parents, infirmiers à domicile, aides à domicile)
Retour d'hospitalisation, diagnostic, absence de parent fournisseur de services à proximité ou présence d'un parent qui ne peut fournir davantage de services
- **Une attention à la non prise en compte ou à la faible prise en compte par la grille de facteurs invalidants pour la vie quotidienne**
Incapacités cognitives, capacités d'apprentissage, habitudes de vie



La fragilité : une manière de préciser les dépendances

- **La fragilité : un critère qui s'ajoute aux indicateurs de la dépendance**

Elle est mobilisée + souvent par le médecin traitant en présence de certaines maladies, (pronostic réservé, polyopathologies, pathologies chroniques de plus en plus invalidantes) et/ou de certains types de traitements (nom du médicament transmis au médecin du CG)

- **La fragilité : une caractéristique de la configuration de soutien, du système**

Sont mentionnées les caractéristiques du conjoint, d'un enfant cohabitant ou encore le fait de vivre seul-e à domicile

Deux dimensions de la fragilité :

« fragilité pensée comme un cumul de marqueurs de fragilité pressentis » et,
« fragilité pensée comme le résultat de l'interaction entre déficiences et facteurs modulateurs de l'environnement »

(Dourlens C., 2008, « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé. Le cas des personnes âgées», *Alter, European journal of Disability*, p. 156-177)

Difficulté d'une définition opérationnelle de la fragilité du fait de sa complexité





Les pratiques des médecins traitants et médecins experts / la protection juridique en France



*Données les plus récentes
(annuaire statistique de la justice, 2007)*

Mesures en cours : entre 700 000 et 800 000 adultes de 18 ans et plus,

Près de 111 000 nouvelles mesures prononcées/an (flux)

Seulement : 8 000 clôtures

Des entrées à tous les âges de la vie :

39 % : moins de 60 ans

61% : 60 ans et plus

Sur représentation des + de 70 ans : 52 % des entrants



Recherche 2002-2004



Recherche réalisée dans le Finistère (France) :

300 majeurs âgés de 18 ans et plus dont près d'un tiers : 75 ans et plus (98) :

-150 décisions prises en 2000 et 2001 dans 2 tribunaux et 150 mesures en cours exercées par un mandataire professionnel

-37 monographies, 24 concernent des majeurs de 75 ans et plus.

Recherche en cours (2009-11)

(analyse intermédiaire : 60 dossiers de décision avec certificats médicaux Finistère, Rhône)



Pour les personnes de 75 ans et plus La moitié des mesures assurée par des parents

Public des majeurs protégés âgés de 75 ans et plus :

- 2/3 : des femmes, majoritairement sous tutelle,
- 2/3 : en hébergement collectif
- 3/3 : interventions médicales et médico-sociales (PSD/APA), Soins à domicile et en établissement*

Les publics des mesures familiales :

Jeunes adultes et femmes à des « âges avancés »

Deux fois sur 3 des tutelles

Deux fois sur 3 des personnes âgées de plus de 60 ans

Deux tiers de ces personnes vivent en établissement





une médicalisation de la décision pour instruire la décision du juge

- Depuis 2009, décisions de mesure : certificat médical « circonstancié », détaillé, produit par un médecin-expert inscrit sur la liste du procureur,
- De rares rapports sociaux, avec peu d'informations venant des services à domicile (sauf pour individus plus jeunes, conduites à risque)
- Les parents, futur protecteurs compris : une ressource de second ligne/avis médical. Sollicitation si incertitude du juge sur type de mandat et désignation du mandataire (un parent, un professionnel).



Situer les effets des incapacités dans un contexte : les médecins traitants

Les certificats médicaux des médecins traitants pour engager la demande d'examen de la mesure précisent :

- des incapacités à effectuer les actes de la vie quotidienne, mais aussi :
- une déstabilisation du fait de l'environnement
une difficulté à répondre aux effets des incapacités,
une modification de l'état de santé d'un proche-
soutien, une décohabitation, un changement de lieu de vie,
un accroissement des besoins de soutien

Des modifications de l'équilibre d'un contexte de vie à domicile dont le consensus fait lien entre des acteurs ou qui est remis en question (entrée en établissement) = dimension de la fragilité (Dourlens, 2008)





Statuer sur des incapacités

les certificats médicaux des médecins- experts

- **Certificats mettent en avant le cumul des incapacités de l'individu à effectuer les actes de la vie quotidienne**
- **Entre 2000-02, 3 formats de certificats :**
 - **Incapacités/actes de la vie quotidienne**
 - **Incapacités + diagnostic médical/référence à la nosographie psychiatrique**
 - **Incapacités + diagnostic médical + préconisation niveau de mesure, et, parfois du mandataire qui doit être nommé par le juge (un parent/un mandataire judiciaire)**



Depuis 2009 : statuer sur des incapacités les certificats médicaux des médecins- experts

- **Certificats mettent en avant le cumul des incapacités de l'individu à effectuer les actes de la vie quotidienne,
Depuis janvier 2009 : certificats établissent plus précisément les capacités et incapacités / type d'examens/nécessité de la mesure/actes de la vie quotidienne/pathologies/opportunité de l'audition/type de mesures**
 - **Peu de mentions de situations de fragilité, sauf par la mise en avant du contexte pour justifier l'opportunité de la mesure alors que les incapacités étaient présentes auparavant:
l'entrée en établissement, le décès d'un conjoint avec capacités qui assurait les responsabilités pour les deux conjoints; l'abus de tiers (procuration), les différents au sein de la filiation**
- L'expertise renvoie toujours à des incapacités intrinsèques**





En cours de mesure : une référence à la fragilité ou au processus de fragilisation

La loi prévoit la sollicitation du médecin-expert au fil de certains événements et décisions à prendre concernant

- La préservation d'un statut personnel du majeur :
« Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité la protection de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de la personne » (nouvel article 415 Code Civ.)
- Types de décisions :
 - la protection et la conservation du logement
 - l'entrée en établissement : une double précaution : avis du médecin traitant et autorisation du juge des tutelles, et depuis loi de 2007, un avis d'un médecin agréé inscrit sur la liste du procureur)

Le rapporteur de la loi a estimé que « le lien du médecin traitant avec la personne sous protection et sa famille n'est pas uniquement professionnel ».

Or, parfois anticipations de ces décisions par Médecins-experts à la demande du juge: autorisations sont données d'emblée pour le futur



Indépendance, fragilité, dépendance : 3 statuts de santé (Lalive d'Epinay, Spini, 2008)

- **Perspective : donner un statut théorique et un statut opératoire à la fragilité par une monographie d'une population**
- **Ces 3 statuts de santé ne s'organisent pas en une suite d'étapes logiques,**
- **Un processus de fragilisation mais n'implique pas qu'un vieillard fragile soit destiné à devenir un vieillard dépendant**

Méthodologie : étude longitudinale sur 5 ans, avec échantillon aléatoire, classe d'âge quinquennal unique (80-84 ans, nées entre 1910 et 1914), questionnaire standardisé, entretiens, suivi de mortalité

Population : canton de Genève, canton du Valais, 350 personnes en 1994, érosion de la population de près de 50% en 5 ans (mortalité, refus, disparus).





Indépendance, fragilité, dépendance : 3 statuts de santé (Lalive d'Epinay, Spini, 2008)

Dépendance : présence d'incapacités fonctionnelles décelées au moyen des Activités de Vie Quotidienne

Indépendantes : personnes ni dépendantes ni fragiles

Fragiles : construction/événements/certaines incapacités

Processus de fragilisation : perte progressive et inévitable avec l'avance en âge des réserves physiologiques et sensorimotrices (peut être accéléré par différents facteurs)

L'état de fragilité : lorsque le processus de fragilisation atteint un seuil d'insuffisance, affecte la capacité d'une personne à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir et se caractérise par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé



Fragilité : une construction empirique

- **Dimensions :**
 - capacités sensorielles
 - mobilité
 - énergie
 - capacités cognitives
 - troubles physiques

Indépendants : fréquence d'atteinte moindre sur les 5 dimensions/fragiles (37%-1^{ère} vague ; 27% -après 5 ans)

Dépendants : profil semblable à celui des fragiles, premiers souffrent presque tous de mobilité restreinte alors que c'est sllt le cas de la moitié des personnes fragiles (12%-1^{ère} vague ; 27%-après 5 ans)

Fragilité : risque accru de chute, hospitalisation, développer une maladie ou d'entrer dans la dépendance, de décès dans les 5 ans de l'étude (51%- 1^{ère} vague, 46% 5 ans après)



Fragilité : une diversité de trajectoires

- 15 % des défunts étaient indépendants lors de l'entretien précédent le décès
- Parmi ceux qui sont devenus dépendants au cours des 5 ans, seuls 14 % ont transité de l'indépendance à la dépendance, 86 % sont passés par la fragilité
- 79 % des personnes traversent une étape qui passe par la fragilité. Mais le décès sans s'être installé dans la dépendance (40%) est aussi fréquent que la transition par la dépendance (39%)

Transition peut être abrupte (cardio-vasculaire, chutes) ou plus sourde et graduelle.

Vieillir implique de devoir affronter la fragilisation



Déterminants des trajectoires

La santé surdétermine la trajectoire de vie (durée et en qualité)

- Inégalités sociales de santé, sexe, statut socio-professionnel, conséquences de la vie passée sur la vie présente au grand âge
- Rester indépendant est lié au fait d'avoir été en bonne santé auparavant,
- Impact de la vie familiale et relationnelle (contenu et structure des visites et déplacements/réciprocité)
- Entraide et recours aux services
- Activités de loisirs et pratiques religieuses

Des mondes de vie quotidienne très différents selon ses états de santé, offrent des opportunités/limites et potentiels propres/ santé



Données et recherches de référence

Enquêtes quantitatives nationales

Handicaps Incapacités Dépendance 1998-2002

Handicaps Santé 2008

Annuaire statistique des majeurs (Ministère de la justice)

Enquêtes annuelles APA (DREES)

- Petite S., Weber A., 2006, Les effets de l'aide personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, *Études et résultats*, n° 459.
- Debout C., Seak-Hy L., 2010, "L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009", *Études et résultats*, n° 710.

Recherches qualitatives ARS-UBO

Les configurations de soutien aux parents en situation d'incapacités (Pennec et *al.*, 2007)

Les majeurs protégés : entre tuteurs familiaux et délégués professionnels : différentes frontières et articulations de l'échange familial (Le Borgne-Uguen et *al.*, 2004)

Parcours de vulnérabilité au grand âge : le malade, l'utilisateur, le majeur protégé, (Le Borgne-Uguen, Pennec et *al.*) en cours 2009-2011



Références bibliographiques

Lalive d'Epinay C., Spini D. (et coll.), 2008, *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, Presses de l'université Laval, Québec

Le Borgne-Uguen F., 2010, « Concertations et distances entre médecins généralistes et médecins territoriaux d'un Conseil général lors des demandes de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie », dans Bloy G. et F-X Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Editions EHESP, Coll. Métiers, Santé, Social, p. 237-252.

Pennec S., 2006, « Les "aidants familiaux" : des configurations hétérogènes entre les familles et au sein de chacune d'entre elles », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 56, Paris, Haut comité santé publique, p. 51-55.

Pennec S., 2010, « La médecine générale, une "profession consultante" entre profession savante et prestations de services », dans Bloy G. et F-X Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, Coll. Métiers Santé, Social, p. 207-220.

